

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1920-1921 — N° 91

DE LA RÉSECTION OSTÉO-ARTICULAIRE

DANS LES

ANKYLOSES OSSEUSES TEMPORO-MAXILLAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MICHEL PRADE

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Lyon, le 9 Octobre 1891



LYON

« LA SOURCE », G. NEVEU & C^{ie}

21, Rue Vieille-Monnaie, 21

1920

DE LA RÉSECTION OSTÉO-ARTICULAIRE

DANS LES

ANKYLOSES OSSEUSES TEMPORO-MAXILLAIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1920-1921 — N° 91

DE LA RÉSECTION OSTÉO-ARTICULAIRE
DANS LES
ANKYLOSES OSSEUSES TEMPORO-MAXILLAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MICHEL PRADE

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Lyon, le 9 Octobre 1891



LYON

LA SOURCE », G. NEVEU & C^{IE}

21, Rue Vieille-Monnaie, 21

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique.	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART
Anatomie.	LATARJET
Anatomie générale et Histologie.	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.	MOURIQUAND
Anatomie pathologique.	PAVIOT
Médecine opératoire.	X...
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène.	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	X... —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	X... —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR.
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER	THEVENOT (L.)	SARVONAT id.
VORON	CADE	PIERY	FAVRE id.
NOGIER	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
			ROUBIER id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, Président ; TIXIER, Assesseur ;
MM. PATEL et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI AIMÉ OLIVIER

Capitaine d'Artillerie, tué en Juin 1918

A MES PARENTS

De condition modeste, ils ont
dû s'imposer de lourds sacrifices pour me permettre de
mener à bien mes études ;
qu'ils reçoivent le témoignage
de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui devons la majeure partie de notre éducation chirurgicale. Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance pour la sympathie qu'il a bien voulu toujours nous témoigner et pour les soins et le réconfort qu'il nous a donnés lors d'un accident. Après nous avoir inspiré ce travail, il nous a guidé avec bienveillance dans sa composition. Nous le remercions infiniment et nous l'assurons que nous garderons toujours le meilleur souvenir de l'année que nous avons passée dans son service à l'Hôtel-Dieu.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. PONT

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Directeur de l'Ecole Dentaire

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a guidé nos premiers pas
dans les études médicales et
nous a rendu le grand service
de nous faciliter beaucoup
l'étude de notre spécialité.
Nous l'assurons de toute notre
reconnaissance.

A MON CAMARADE ET AMI

MONSIEUR EMILE SCHMIÉDER

Chirurgien-Dentiste

A une période critique de nos
études, il nous a appelé auprès
de lui. Il ne s'est jamais lassé
de nous donner encourage-
ments et conseils. En nous
faisant bénéficier de l'expé-
rience acquise en dix années
de pratique dentaire, il nous a
permis d'aimer notre spécia-
lité. Nous le remercions de
l'amitié qu'il nous a témoi-
gnée et qui n'a d'égale que
celle que nous avons pour lui.

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous ne voulons nous occuper que des ankyloses osseuses de la mâchoire, solidement et définitivement installées, et justiciables d'un seul traitement: l'intervention sanglante. Nous laisserons donc de côté toutes les constrictions de la mâchoire, qu'elles soient d'origine musculaire ou articulaire, ou dues à une rétraction des parties molles. Nous adoptons, en somme, le point de vue de Fabrice de Hilden qui, vers 1650, divisait les ankyloses de la mâchoire en ankyloses dues aux parties molles et en ankyloses par soudure osseuse.

L'objet de ce travail consiste en la réhabilitation de la résection pure et simple des masses osseuses

causes de la soudure, sans interposition musculaire. Nous rapportons une observation due à notre maître, M. le Professeur Villard. La malade, opérée en 1917, a pu être revue ces temps derniers. Le succès obtenu il y a plus de trois ans, s'est maintenu. Nous parlerons d'autres observations où le succès de l'opération s'est également maintenu. Nous montrerons enfin que la crainte de léser le facial ne saurait permettre à un chirurgien d'établir une articulation où il ne doit pas y en avoir, en laissant ankylosée la véritable articulation,

Afin que notre travail soit aussi complet qu'il nous est permis de le faire, nous dirons quelques mots de l'histoire des Ankyloses temporo-maxillaires, puis nous passerons en revue les divers procédés opératoires qui ont été préconisés.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'ankylose temporo-maxillaire a été jusqu'au siècle dernier considérée comme une difformité acquise incurable. Le rôle du médecin se bornait à prévenir cette affection dans les maladies où elle était à redouter.

On la trouve signalée chez les auteurs anciens (Hippocrate, Celse, Galien), mais aucun traitement, même chez Guy de Chauliac, Ambroise Paré, n'est préconisé.

Les premiers auteurs qui se sont vraiment occupés des ankyloses temporo-maxillaires sont Colombus, en 1559, puis Bernard Conner, en 1695.

Les premières tentatives destinées à améliorer l'état

de l'articulation ankylosée datent de Tenon, qui employa la dilatation progressive. Jusqu'à lui, le traitement avait été uniquement palliatif : il consistait en l'avulsion d'une ou plusieurs dents afin de permettre plus ou moins l'alimentation. La dilatation progressive pratiquée par Carnochan, en 1847, amena du fait de la fracture accidentelle du condyle une amélioration. Cet accident fut érigé en traitement par Carnochan pour « les cas dans lesquels le chirurgien ne voudrait « intervenir ni par l'ostéotomie ni par la résection, et « où il lui serait possible de saisir le maxillaire « inférieur au moyen d'un appareil spécial, destiné à « produire la fracture de l'os près de l'articulation ».

Mais l'intervention sanglante seule devait donner des résultats et seule devait subsister. Bérard, en 1838, proposa de pratiquer au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ankylosée, l'opération que Rhea Barton avait pratiquée dans un cas d'ankylose coxo-fémorale. Il s'agissait de réséquer le condyle du maxillaire. Richet, en 1850, présenta son procédé d'ostéotomie sous-périostée du col.

Humphry, le premier, pratiqua sur le vivant la résection du condyle. L'opération fut suivie de succès.

La résection double fut faite pour la première fois par Bottini, de Turin.

Depuis, les résections se sont succédées et les procédés opératoires ont varié selon les chirurgiens ; Little en 1873, Kœnig en 1878, Ranke en 1885. En 1893, Lentz et Helferich firent la résection suivie d'interposition musculaire. Bilezinski, Kusnetzow, Mickulitz, Glück, répétèrent l'opération de Lentz,

chacun la modifiant dans divers détails. C'est ainsi que Glück interposa un lambeau de peau, et Mickulitz un lambeau de masséter au lieu d'un lambeau temporal qu'avait interposé Helferich. D'autres auteurs allèrent jusqu'à interposer des corps étrangers, tel qu'une feuille d'or.

La résection du condyle, qu'elle soit ou non suivie d'interposition musculaire, présente des ennuis. L'os à réséquer est très dur, la voie d'accès est étroite, l'anesthésie est difficile, l'artère maxillaire interne risque d'être ouverte, le facial surtout a préoccupé les opérateurs. Le Professeur Rochet, dans la thèse de Fondet, proposa la résection de la branche montante.

En définitive, aujourd'hui devant une ankylose de la mâchoire, le chirurgien a le choix entre la résection simple, la résection avec interposition musculaire, l'ostéotomie de la branche montante. Après avoir fait la symptomatologie et l'anatomie pathologique des ankyloses temporo-maxillaires, nous montrerons pourquoi le chirurgien devra s'arrêter à la résection du condyle et la tenter.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTIOLOGIE, LA PATHOGÉNIE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ANKYLOSES OSSEUSES TEMPORO-MAXILLAIRES

Etiologie

L'ankylose temporo-maxillaire peut être congénitale ou acquise.

Congénitale, elle est très rare. L'ankylose est complètement osseuse. Le temporal et le maxillaire sont soudés par un os de forme quadrangulaire (Chalier).

En général, l'ankylose temporo-maxillaire est acquise et nombreuses sont les affections qui peuvent la déterminer.

Traumatismes. — Les traumatismes sont les causes les plus souvent incriminées. La chute sur le menton, la chute sur la tête, le coup de feu, l'accouchement au

forceps (cas de M. Jourdan, de M. Yahoub, de Bettini, de Villard, cas de Mazzoni : ankylose consécutive à une luxation irréductible, cas de M. Müller, de l'Île de Chypre : ankylose consécutive à une chute sur le menton, avec luxation en arrière des condyles et effondrement des parois antérieures des conduits auditifs, etc.).

Arthrites. — L'ankylose peut être consécutive à une arthrite d'origine sanguine. Si l'ankylose blennorrhagique à la mâchoire est rare, on rencontre plus fréquemment l'ankylose consécutive à une arthrite déterminée par une infection telle que la scarlatine (cas de Whitehead, de Rossander, de Frank Hartley), la typhoïde (cas de Kœnig), la puerpéralité (cas de Delore), le rhumatisme articulaire, la tuberculose.

Lésion voisine. — Assez fréquemment enfin, on rencontre des ankyloses consécutives à une lésion de voisinage, cette lésion pouvant avoir ou non son origine dans une rougeole, une scarlatine, cas de Kœnig, ankylose consécutive à une otite moyenne gauche ; cas identiques de Heath, de Bull, de Ranke ; cas de Kœnig, ankylose consécutive à une ostéo-myélite de la branche gauche du maxillaire ; cas semblable de Chalié.

En définitive, nous trouvons de nombreuses causes pouvant déterminer l'ankylose de l'articulation de la mâchoire. Cette affection étant, tout compte fait, une affection rare, il est assez difficile de lui donner une étiologie précise. En dehors des traumatismes de la région, l'ankylose de la mâchoire reste une complication rarissime des diverses affections que nous

avons notées. Combien d'otites et de forceps pour une ankylose temporo-maxillaire !

Pathologie et Anatomie Pathologique

La production du tissu osseux qui cause l'ankylose relève de l'inflammation qui atteint le périoste de la base du crâne et du col, et le périoste qui recouvre le ménisque interarticulaire, ainsi que les surfaces articulaires du condyle et de la cavité glénoïde (Capony). Il n'y a plus de fente articulaire ; les deux extrémités osseuses se soudent bout à bout et forment un seul os. C'est l'une des formes, la plus rare, de l'ankylose temporo-maxillaire. En général, en effet, le périoste voisin de l'articulation est également irrité. Il se produit alors, autour de l'articulation, une série de stalactites qui forment comme une virole osseuse au condyle et au temporal. La production osseuse peut être considérable. On peut avoir un véritable bloc osseux qui entraînera des difficultés au moment de l'opération. Dans l'observation que nous présentons, le bloc osseux réséqué était un parallépipède de 2 centimètres de longueur et de 1 centimètre de largeur.

Dans les fractures du col du condyle, le traumatisme déchire le périoste des parties osseuses voisines, d'où irritation et production d'os nouveau. Dans le cas d'enfoncement de la cavité glénoïde, l'ankylose est complète ; la réduction, difficile à obtenir, ne peut être maintenue, car la cavité glénoïde n'est plus là pour combattre l'action musculaire, d'où l'ankylose (Thèse Longuet). On a, pour expliquer l'ankylose congénitale, eu recours à une infection intra-utérine.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Le symptôme capital est évidemment l'impossibilité dans laquelle est le malade d'ouvrir la bouche. L'écartement des dents est variable. De quelques millimètres, il peut aller jusqu'à un centimètre. Divers symptômes découlent de l'occlusion buccale :

Le malade est gêné dans son alimentation ; l'introduction d'aliments solides n'est pas permise, et le serait-elle, que le malade serait dans l'impossibilité de les broyer. En général, les malades profitent de l'espace restreint qui sépare les bords libres des dents pour se nourrir à l'aide d'aliments liquides ou semi-

liquides. Ou bien ils profitent de l'espace créé par l'avulsion d'une dent, cette avulsion pouvant avoir été faite dans le but de permettre l'alimentation.

La parole est évidemment très gênée. Le malade parle dans ses dents.

Les dents ne peuvent pas être soignées, d'où les caries avancées, les dépôts de tartre, les gingivites, les stomatites.

La mâchoire est modifiée dans sa forme, surtout si le malade est jeune lorsque l'ankylose s'établit. Le maxillaire atrophié est fréquent. Le menton est en retrait. L'opérée du Professeur Villard présente bien ces caractères : c'est le « Vogelgesicht » des Allemands.

L'irruption dentaire est défectueuse, l'arcade supérieure est en dehors de l'inférieure. Au maxillaire inférieur, les dents chevauchent. Il se trouve que la malade que nous présentons fait un peu exception à ce point de vue. A un maxillaire aussi en retrait et aussi atrophié, devrait correspondre une denture extrêmement mal ordonnée, ce qui n'est pas, ainsi qu'on peut en juger par la photographie que nous reproduisons.

Enfin, il nous faut signaler les ennuis nouveaux créés encore par l'ankylose temporo-maxillaire, au cours d'une affection rhino-pharyngienne. L'ouverture d'un abcès de l'amygdale, l'extirpation de végétations adénoïdes sont un problème ardu.

L'état général est troublé. Le malade maigrit ; s'il est jeune, il se développe mal ; l'opération s'impose.

En présence d'un maxillaire impossible à abaisser,

le médecin doit éliminer tout d'abord le trismus, les cicatrices, les malformations de l'apophyse coronoïde (hypertrophie : cas de Langenbeck), celles-ci par la radiographie. Le fait que le maxillaire n'est jamais complètement immobile dans les cas précités, les éliminera rapidement. On aura recours également à l'anesthésie générale. On a signalé que dans une ankylose osseuse temporo-maxillaire, il est possible, en exerçant une forte pression sur le maxillaire inférieur, d'augmenter un peu l'écartement entre les bords incisifs. Ollier explique bien le phénomène : « Le maxillaire est un os long, comme une côte par exemple, qui serait fixé solidement par une de ses extrémités, et qui aurait son autre extrémité relativement libre ». La flexibilité de l'os explique le léger écartement forcé que l'on peut obtenir. Mais il nous semble que ce fait ne peut prêter à confusion avec l'écartement plus grand et moins difficile à obtenir en cas d'ankylose due aux parties molles. Mais il ne faut pas que cet écartement fasse éliminer une soudure osseuse.

Il est beaucoup plus difficile, le diagnostic positif étant posé, d'établir quel est le côté atteint ou si l'ankylose est bilatérale. L'investigation clinique et la radiographie donneront tout d'abord des présomptions sur le ou les côtés lésés. On a signalé que les mouvements de latéralité persistaient dans l'ankylose unilatérale ; ces mouvements sont, bien entendu, restreints, mais le condyle du côté sain se porte cependant en avant, semblant décrire un arc de cercle dont le centre est au niveau de l'articulation ankylosée.

Dans ce mouvement, le menton est nécessairement entraîné du côté malade.

L'atrophie est unilatérale dans les ankyloses unilatérales ; l'arcade dentaire est plus en retrait du côté malade. « Au premier abord, il semble cependant que
« l'atrophie corresponde au côté sain, tandis que la joue
« du côté malade paraît plus bombée et plus saillante.
« Le maxillaire se développant moins du côté sain, le
« menton se trouve attiré du côté atteint. Toutes les
« parties molles sont entraînées de même et la joue
« paraît plus plate du côté sain, tandis que du côté
« malade, reposant sur un maxillaire plus étroit, elle
« tend à faire saillie en dehors » (Kirmisson).

Mauclaire pratiqua une résection du côté qui paraissait le plus atrophié ; il dut interrompre l'opération pour se reporter du côté opposé où la résection donna 3 centimètres d'écartement.

CHAPITRE IV

DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DES ANKYLOSES TEMPORO-MAXILLAIRES

Pour remédier à l'ankylose de la mâchoire, on a cherché à créer une néarthrose. L'ordre chronologique des diverses opérations tentées voudrait que nous décrivions tout d'abord la résection du condyle faite par Humphry, en 1854, pour terminer par l'opération de Rochet, présentée dans la thèse de Fondet. Il nous semble préférable de nous placer au point de vue anatomique et de décrire les diverses opérations effectuées, en commençant par celles qui ont voulu créer une articulation sur la branche horizontale, pour terminer par celles qui ont voulu rétablir le fonctionnement de l'articulation ankylosée.

I. *Ostéotomie du corps du maxillaire* (Esmarch, Rizzoli).— On fait une incision de 4 centimètres, dont

le milieu répond au bord antérieur du masséter. On lie l'artère et la veine faciales. On rugine les deux faces du maxillaire au niveau de l'incision. On taille un coin osseux à base inférieure, chose préférable à la simple résection que fait Rizzoli. L'ablation des dents, si elle est possible, facilitera cette opération. On résèque au ciseau ou au bistouri le périoste détaché de l'os. On mobilise rapidement et longtemps l'articulation ainsi faite.

Ce procédé constitue une opération intra-buccale ; elle n'est pas sans dangers dans ce milieu particulièrement septique lors de constriction permanente des mâchoires.

II. *Ostéotomie pémassétélerine extra-buccale.*—Après avoir désinséré les bords antérieurs du masséter et du ptérygoïdien interne jusque derrière le collet de la dernière grosse molaire, on sectionne l'os au niveau de son angle. Son périoste est détruit. Dans cette opération, la muqueuse n'est pas ouverte.

III. *Procédé de Rochet.*— En 1905, Rochet, dans la thèse de son élève Fondet, présenta quatre observations d'ankyloses de la mâchoire, traitées par la résection de la branche montante du maxillaire. Les quatre opérations permirent aux malades l'ouverture de la bouche.

Voici la description du procédé opératoire donné par Fondet.

On fait une incision de 2 centimètres $1/2$ le long du bord inférieur du corps de la mâchoire au niveau de l'angle ; cette incision remonte ensuite sur une

longueur égale le long du bord postérieur de la branche montante. La branche cervico-faciale du facial trouvée, on la relève avec un écarteur qui relève en même temps la lèvre supérieure de l'incision. D'ailleurs en relevant la lèvre de l'incision, on relève en général la branche cervico-faciale et on n'aperçoit même pas celle-ci. Le bord postérieur du masséter étant mis à vue, on désinsère ce muscle dans sa partie inférieure à la rugine et, de même, on désinsère le ptérygoïdien interne. On sectionne la branche montante du maxillaire à la hauteur du trou dentaire avec la scie passe-partout d'Ollier ou la scie de Gigli. On fait une section trapézoïdale à base postérieure haute de 1 centimètre environ. Puis on divise le masséter de telle sorte que la division terminée, on ait sur une hauteur de 4 centimètres environ, deux lames musculaires appliquées l'une à l'autre, comme les deux feuillets d'un livre. Le lambeau interne est interposé entre les deux fragments de la branche montante et son extrémité interne est suturée au ptérygoïdien interne. Le lambeau externe est réappliqué sur la face externe de la branche montante. Le muscle reprend ses attaches sans s'atrophier nettement.

A la suite de M. Rochet, on a proposé de suturer les bords inférieurs des deux muscles masséter et ptérygoïdien l'un à l'autre, à la condition que la résection soit assez large pour que le lambeau interposé ne soit point lésé.

IV. *Opérations tendant au rétablissement de l'articulation normale : la résection du condyle.*— Avant d'aborder l'étude de la résection du condyle, nous

allons dire un mot des diverses incisions qui ont été préconisées et que l'on trouvera plus en détail dans la thèse de Huguier, à laquelle nous empruntons leur classement.

Les incisions peuvent être uniques :

Linéaire et perpendiculaire à l'interligne articulaire. Préconisée par Bottini, Mazzoni ;

Linéaire et parallèle à l'interligne au même niveau de l'interligne, à 1 centimètre au-dessus de lui. Préconisée par Richet ;

Linéaire et légèrement oblique en bas et en avant. Préconisée par Delbet ;

Curviligne. Préconisée par Humphry, Bassini.

Les incisions peuvent être combinées :

En équerre. Incision d'Abbe, de Pughe ;

En équerre, avec branche supérieure recourbée en haut. Préconisée par Chavasse ;

En T. C'est l'incision de Kœnig, d'Ollier ;

En U, à branche antérieure plus courte. Mickulitz ;

En équerre, à branche inférieure suivant l'arcade zygomatique.

Voici enfin l'incision que nous trouvons préconisée par Huguier et plus tard par Déramé.

Huguier commence l'incision cutanée dans la région temporale, à deux travers de doigts au devant du tragus et à trois travers de doigts au-dessus de l'arcade zygomatique ; il descend verticalement jusqu'au zygoma ; à ce niveau, il continue à descendre, mais en courbant l'incision en arrière, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à un petit travers de doigt au-dessous de

l'arcade ; à ce moment, on gagne en ligne droite le bord inférieur du tragus. Après dissection du volet cutané, l'articulation, la partie postérieure de l'arcade zygomatique et le muscle temporal sont facilement abordables.

Nous ne voulons pas discuter ici les qualités et les défauts des multiples incisions pratiquées. Nous nous bornerons à dire que toutes ont donné des résultats et que le Professeur Villard se trouva bien d'avoir fait l'incision en T de Kœnig et d'Ollier.

V. Opération de Humphry et variantes. La première résection en date est en même temps la première intervention sanglante sur une ankylose de la mâchoire. Elle fut faite ainsi que nous l'avons déjà dit par Humphry, en 1854. Nous allons la décrire, puis nous indiquerons quelques variantes ; nous aborderons ensuite les résections suivies d'interposition musculaire.

Humphry fit une incision curviligne allant de l'apophyse zygomatique à l'oreille, un peu au-dessus de l'articulation et légèrement au-dessous du point de passage de la branche orbiculaire du facial ; puis il fit une deuxième incision, partant de la terminaison de la première et dirigée en haut, à travers le zygoma. L'os fut sectionné à la scie. Par des mouvements de torsion, il détacha le condyle qu'il avait saisi avec une pince.

Bottini modifia la technique de Humphry. Son incision était perpendiculaire à l'articulation temporo-maxillaire. Après avoir dénudé le condyle, il le

sectionna à la gouge et au maillet. Le résultat fut bon.

Kœnig fit une incision de 3 centimètres, le long du bord inférieur de l'arcade zygomatique. Divisant les parties molles, il atteignit l'os au niveau de cette incision. Du milieu de celle-ci, il en fit partir une seconde de 2 centimètres, dirigée en bas et perpendiculairement à la première et n'intéressant que la peau.

« On ne détache d'abord seulement que les parties
« molles ; on en dégage la face antérieure de l'articu-
« lation en procédant toujours de haut en bas, de façon
« à ne léser ni les vaisseaux parotidiens, ni ceux de la
« face ; on fait récliner les parties molles vers la partie
« inférieure. Puis on rugine de chaque côté de l'os en
« en détachant tout autour les parties profondes ; l'on
« continue ainsi en prenant garde à la maxillaire interne.
« Cette partie de travail terminée, il faut alors séparer
« le col du condyle au moyen de la scie à chaîne ; la
« gouge et le marteau sont plus utiles dans les cas
« où les parties osseuses sont considérables ».

Kœnig recommande qu'on donne au ciseau une direction légèrement oblique en bas, de telle sorte que dans la profondeur de la cavité glénoïde on n'aille pas défoncer la voûte, ce qui pourrait fort bien arriver si l'on donnait à l'instrument une direction horizontale et à plus forte raison s'il était dirigé en haut. Si l'on croit la résection de l'apophyse coronoïde nécessaire, il faut agrandir l'incision le long de l'arcade zygomatique de 1 centimètre.

VI. Résection du condyle suivie d'interposition musculaire. — Elle fut faite pour la première fois par

Helferich, de Greifswald, le 29 juin 1893. Il interposa un lambeau du temporal. Lentz, à peu près à la même époque et tout en ignorant l'idée d'Helferich, pratiqua la même opération. De nombreux auteurs suivirent les deux chirurgiens, entre autre Henle, Mickulitz et Kusnetzow.

Helferich, après avoir fait une incision verticale de 4 centimètres, à un travers de doigt en avant de l'oreille, mit une ligature sur l'artère temporale et réclina la parotide. Après avoir libéré le condyle, il le sectionna à 1 centimètre $\frac{1}{4}$ au-dessous de son sommet et l'extirpa avec son périoste. Il tailla un lambeau dans le temporal de 3 centimètres et après résection du zygoma sur 3 centimètres, il insinua le lambeau dans l'espace libre et le fixa par son extrémité libre à l'aponévrose.

Mickulitz met l'articulation temporo-maxillaire à nu. Après résection du condyle, Mickulitz taille dans le masséter un lambeau vertical dont la base reste adhérente au zygoma. Ce lambeau est interposé dans l'espace laissé libre par la résection.

Huguier, après avoir fait l'incision dont nous avons parlé plus haut, isole la parotide qu'il fait récliner en bas avec la lèvre inférieure de la plaie, mettant ainsi à l'abri la branche temporo-faciale. Il dénude ensuite en avant et en arrière l'articulation, en ayant soin de ne pas léser l'artère maxillaire interne. Puis il introduit sous le col la sonde d'Ollier, et coupe à la gouge le condyle, à 1 centimètre $\frac{1}{2}$ au-dessous de l'apophyse zygomatique, soit avec la scie de Gigli, soit avec un ciseau étroit. Il extirpe ensuite le condyle en le

morcelant si besoin est. Enfin, tout le périoste voisin est enlevé. S'il était nécessaire d'enlever l'apophyse coronoïde, on désinsérerait le masséter et on sectionnerait l'apophyse avec le ciseau, après l'avoir dénudée à la rugine. « Cette manœuvre nécessite une nouvelle « incision parallèle au zygoma et expose à la section « des filets palpébraux du facial ». (Th. Huguier-Déramé, *Gazette hebdomadaire des Sociétés Médicales de Bordeaux*).

VII. *Procédé de Gernez-Douay*.— Ce procédé a été présenté par Demoulin à la Société de Chirurgie (*Bulletin mensuel, Société de Chirurgie 1910*, page 948).

La modification apportée par Gernez-Douay consiste dans l'extension de la résection à la base de l'apophyse zygomatique. Après section de l'apophyse en avant du tubercule zygomatique, à l'aide d'un ciseau, on détache la ligne d'implantation au crâne de la base de l'apophyse zygomatique et le segment externe du condyle temporal. Puis on ouvre l'articulation et on emporte la partie externe du condyle maxillaire. Celui-ci est extirpé soit en sectionnant le col, soit en morcelant la masse provenant de la fusion des surfaces osseuses.

CHAPITRE V

ÉTUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DES ANKYLOSES TEMPORO-MAXILLAIRES

I. L'ostéotomie du corps du maxillaire et l'ostéotomie de la branche montante. — Nous ne croyons pas utile d'insister beaucoup sur la première de ces opérations. Ce maxillaire dont la nouvelle articulation se trouve sur le corps de l'os, ne saurait inspirer quelque confiance. Ce procédé opératoire peut permettre une introduction plus facile des aliments, mais leur mastication restera toujours problématique. D'autre part, l'esthétique ne gagnera vraiment rien à une néarthrose aussi basse. Le procédé est à rejeter.

L'ostéotomie de la branche montante du maxillaire est une opération facile, peu pénible, et surtout elle ne présente aucun danger pour les rameaux du facial. Ce dernier point a mis, depuis 1905, année où parut le travail de Fondet, l'opération de Rochet fort en vogue. Nous dirons, dans un chapitre spécial, ce que nous pensons de la blessure des filets du facial. Voyons tout de suite les critiques que comporte l'opération de Rochet.

Le premier ennui de l'opération est évidemment de ne pas rétablir l'articulation temporo-maxillaire où elle doit être, entre le temporal et le maxillaire.

Mathias Duval a montré que l'axe autour duquel tournait le maxillaire, dès que son abaissement était suffisant, était un axe fictif passant par les deux trous dentaires. Mais, dans la mastication, le maxillaire s'abaisse-t-il en général suffisamment pour que cet axe descende aussi bas ?

D'autre part, il y a dans la mastication normale deux mouvements, même dans l'abaissement léger du maxillaire : le mouvement de rotation et le mouvement de projection en avant. Ces deux mouvements ne sont-ils pas mieux respectés par la néarthrose au niveau du condyle que par la néarthrose sur la branche montante ?

En second lieu, l'opération de Rochet supprime fatalement l'action des deux muscles masticateurs, le temporal et le ptérygoïdien externe. Indépendamment encore de cette perte, la mâchoire, qui représente un levier du troisième genre, se trouve dans les conditions suivantes : le point fixe est plus près du point

d'application de la force, d'où une perte nullement négligeable pour le rendement, d'autant que cette perte s'ajoute à celle des deux muscles masticateurs disparus.

Enfin, et il nous semble que la question mérite quelques égards, l'opération de Rochet entraîne une cicatrice basse, grande, et un jeu du maxillaire qui ne se rapproche guère de la normale. Au point de vue esthétique encore, la résection du condyle nous semble devoir l'emporter sur l'opération de Rochet.

En définitive, il faut dire que, seule, la crainte de blesser le facial a fait descendre le niveau de l'opération jusque sur la branche montante. Pour une ankylose du coude, nul n'a pensé créer une néarthrose sur l'humérus ou sur les os de l'avant-bras.

II. De l'interposition musculaire. — M. le Professeur Villard ne fit pas d'interposition musculaire au cours de son opération. Le résultat s'est maintenu trois ans après. Y a-t-il nécessité de faire une interposition ? Nous croyons que celle-ci est plus illusoire qu'effective. Le muscle se suture-t-il si bien qu'une interposition vaille la peine d'être faite ? Les Professeurs Villard et Kirmisson pensent que l'interposition est inutile. Leurs résultats sont aussi bons que les résultats des opérations suivies d'interposition. Nous donnons l'observation de M. Yahoub, de Constantinople, qui ne fit pas d'interposition. Nous donnons également trois observations de M. Frank Hartley, où il n'y eût pas d'interposition. Les résultats se sont partout maintenus,

III. Le facial dans les résections de l'articulation temporo-maxillaire. — Sur les 26 observations publiées de 1854 à 1886, nous ne relevons qu'une seule blessure permanente du facial. Humphry signale que le facial et le temporal sont intacts après l'opération. Bottini, Little, Mazzoni, Pughe, Bull donnent bons résultats. Heath signale une paralysie transitoire de l'orbiculaire des paupières dans l'une de ses deux observations, Abbe également : Ollier la voit disparaître en un mois. Vallas, en 1892, constate et voit disparaître la même paralysie, mais bilatérale, à la suite d'une double résection. Heath note une paralysie permanente dans le *British Medical Journal*, 13 Décembre 1884.

Dans les observations plus récentes que nous possédons, nous avons l'observation de M. Yahoub, l'observation de M. Gernez-Douay, celle de M. Jourdan, celle de M. Delore, celle de M. Villard. Nous ne notons nulle part de lésion du facial. Nous ne voulons pas conclure en disant que le facial ne risque rien au cours de l'opération. Il se présente trop sous le bistouri du chirurgien pour n'être pas en danger. Nous voulons dire simplement que la résection du condyle, sans « être une témérité permise seulement aux grands chirurgiens », ne fait pas courir au facial de tels dangers qu'il soit bon de reporter plus bas ce qu'il faut faire au niveau de l'articulation ankylosée. Que seules des mains suffisamment expertes opèrent la résection du condyle, mais que la néarthrose formée soit, aussi, proche de l'articulation normale, c'est ce que veut la logique.

OBSERVATIONS

Nous ne pouvons donner toutes les observations d'ankyloses temporo-maxillaires qui ont été publiées jusqu'ici. Nous avons choisi les observations que nous citons, parmi celles qui ont été publiées postérieurement au travail de Fondet. Nous donnons quatre observations de résections de condyle sans interposition, deux avec interposition ; nous donnons une observation de résection de la branche montante. En dernier lieu, nous citons l'observation qui fait l'objet de ce travail.

OBSERVATION I. — Y_{AHOUB}.

Ankylose temporo-maxillaire bilatérale traitée par la résection.

Il s'agit d'une ankylose bilatérale temporo-maxillaire survenue chez une jeune fille de 14 ans, apparemment à la suite d'une chute sur le menton ; les accidents débutèrent

par des douleurs au niveau des articulations temporo-maxillaires. Graduellement, les mouvements devinrent de plus en plus limités, et finalement, la constriction fut absolue. La malade vécut dans cet état pendant quatre ans, maigrissant énormément en raison de la difficulté extrême de l'alimentation.

Quand M. Yahoub la vit, l'écartement des mâchoires était absolument impossible, même sous le chloroforme. Il y avait un arrêt de développement du maxillaire inférieur et le menton était fortement en retrait. La radiographie indiquait, au niveau des articulations temporo-maxillaires, la présence de masses osseuses fort denses, englobant complètement ces jointures.

M. Yahoub fit la résection de ces masses, à quatorze jours d'intervalle. Elles furent péniblement morcelées avec des pinces coupantes. Les suites locales de la double intervention furent très simples, car la réunion primitive fut obtenue des deux côtés. Le résultat physiologique ne fut pas moins satisfaisant, car, au bout de peu de jours, la malade avait retrouvé la faculté d'écarter et de rapprocher les mâchoires, de s'alimenter sans difficultés ni souffrances. Moins d'un mois après la première opération, elle pouvait quitter l'hôpital. Ecartement des incisives de 3 centimètres.

M. Yahoub n'a malheureusement pas pu suivre son opérée, mais il en a souvent des nouvelles, et il a acquis la certitude que la constriction ne s'est pas reproduite et que la malade continue à se nourrir aisément. Toutefois, il n'y a pas concordance des arcades dentaires, et, de ce fait, la mastication reste incomplète et difficile. D'autre part, à plusieurs reprises s'est produit un accident assez curieux : la mâchoire subit une luxation, caractérisée par l'impossibilité momentanée de fermer la bouche. Il est vrai que la malade a très vite appris à remédier elle-même à ce

déplacement et réduit presque aussitôt cette subluxation.

Il n'y a pas eu d'interposition musculaire.

(*In Presse Médicale, Rapport de M. Morestin*).

OBSERVATION II. — HARTLEY (*résumée*).

Il s'agit d'une fillette qui, en 1902, six mois après une scarlatine compliquée de diphtérie, avait eu une arthrite temporo-maxillaire ayant abouti, en quelques semaines, à une constriction permanente. L'alimentation n'était possible que grâce au passage réservé derrière la dernière molaire. A l'examen, on constatait une ankylose complète; avec retrait du menton et atrophie de la mâchoire inférieure. Les dents étaient en mauvais état.

Le 5 janvier 1909, Hartley mit à découvert la branche montante droite du maxillaire inférieur et la sectionna au niveau de l'angle au moyen de la scie de Gigli. L'ankylose était bilatérale. Cette section ne permit pas l'abaissement de la mâchoire.

Aussi le 6 mars, la première plaie étant complètement cicatrisée, Hartley, par l'incision curviligne de Kraske, mit à nu l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche, et arriva sur un bloc osseux qui soudait le condyle du maxillaire au temporal, et qu'il extirpa en partie, jusqu'à ce que la mâchoire eût pu s'abaisser d'environ 4 centimètres. La malade quitta l'hôpital le 17 avril.

Il n'y eut pas d'interposition musculaire.

OBSERVATION III. — HARTLEY (*résumée*).

Le deuxième malade est un garçon de 17 ans qui était entré le 27 avril 1910. Cinq ans auparavant, il racontait être tombé et s'être fracturé la branche montante droite du

maxillaire inférieur. Il avait guéri de son accident et pouvait ouvrir la bouche aussi facilement que par le passé. Depuis deux mois cependant, les mouvements de la mâchoire inférieure n'étaient pas aussi étendus, et la constriction n'avait fait que s'aggraver, au point que le maximum d'abaissement atteignait à peine 12 millimètres.

A l'examen, on notait sur la branche montante droite du maxillaire inférieur, une tumeur dure du volume d'une petite noix qui était apparue peu de temps après la fracture et qui semblait faire corps avec le zygoma. Le 13 mai, par la même incision curviligne de Kraske, Hartley mit à nu la tumeur osseuse qui n'était autre que le cal de la fracture ; avec le ciseau et le maillet, aidé de la pince coupante, il l'enleva en même temps que la portion attenante de l'arcade zygomatique. A la fin de l'opération, le condyle du maxillaire était séparé du condyle temporal par une distance d'environ 18 millimètres. L'abaissement était devenu très facile. Revu plus tard, l'abaissement de la mâchoire atteint cinq centimètres. Mouvements de latéralité parfaits.

Pas d'interposition musculaire.

OBSERVATION IV. — HARTLEY (*résumée*).

Le troisième malade est un homme de 40 ans, qui était entré le 29 décembre 1910. Six ans auparavant, au cours d'une affection fébrile, il avait ressenti de vives douleurs au niveau des articulations temporo-maxillaires et des genoux. Peu après, il s'aperçut que les mouvements de sa mâchoire se faisaient de plus en plus difficilement.

A l'examen, on notait une ankylose complète de la mâchoire et d'un grand nombre des articulations phalangiennes. Le 11 janvier, Hartley découvrit l'articulation temporo-maxillaire gauche qu'il réséqua. Douze jours après,

il répéta l'opération du côté droit. Cette deuxième opération est encore toute récente, mais le malade peut déjà abaisser sa mâchoire de 5 centimètres.

Pas d'interposition musculaire.

(Revue de Chirurgie, 1911).

OBSERVATION V. — DELORE (*résumée*).

M. Delore fit une résection temporo-maxillaire bilatérale sur une malade qui présentait une ankylose consécutive à une arthrite d'origine puerpérale.

Il pratiqua une interposition d'un lambeau musculaire emprunté au masséter. Il obtint de bons résultats.

Il attribua l'amélioration continue depuis l'intervention au bon état des muscles masticateurs et abaisseurs de la mâchoire qui ont repris immédiatement leurs fonctions, et ont énergiquement contribué à la réalisation de la pseudarthrose.

(In Presse Médicale, 1912)

OBSERVATION VI. — JOURDAN (*résumée*).

Ankylose temporo-maxillaire bilatérale à la suite d'une chute sur le menton qui s'accompagna d'épistaxis, d'otorrhagie des deux conduits auditifs, et détermina une ankylose bilatérale de la mâchoire inférieure.

Bons résultats par la résection bilatérale, procédé de Gernez-Douay.

(In Revue de Chirurgie, 1912).

OBSERVATION VII.

Luxation en arrière des deux articulations temporo-maxillaires avec éclatement de la paroi osseuse des deux conduits auditifs externes. Ankylose bilatérale irréductible.

Résection cunéiforme des deux branches montantes.

M. Müller (de l'île de Chypre) a observé un sujet de 22 ans, présentant, à la suite d'une chute violente sur le menton une ankylose des articulations temporo-maxillaires avec luxation en arrière des condyles qui avaient effondré les parois antérieures des conduits auditifs. Le sujet était sourd et présentait un faciès figé dans un rictus très particulier (commissures labiales rétractées en arrière, lèvres applaties sur les dents découvertes, retrait de la partie inférieure de la face continuellement inondée de salive, etc.) Il ne pouvait obtenir, en s'aidant des mains, qu'un écartement de 8 millimètres ; l'alimentation liquide était seule possible, encore qu'on fut obligé, à chaque prise de lait, d'abaisser avec la main le menton.

M. Müller pratiqua à gauche, au niveau de l'angle postérieur du maxillaire, une incision brisée, commençant en un point correspondant au lobule de l'oreille et se terminant en bas, sur le bord inférieur de la branche horizontale, à 2 centimètres en deça de l'angle. Il sectionna la branche montante horizontalement, à 4 centimètres au-dessus de l'angle, en suivant la technique de Rochet. Dès le deuxième jour, l'opéré pouvait obtenir un écartement de 1 cm. 1/2. Deux jours après, le 10 mai, deuxième intervention de l'autre côté. Le 5 juin, le malade parvenait à obtenir spontanément un écartement de 29 millimètres, susceptible d'être porté à 35 millimètres avec l'ouvre-bouche.

M. Müller a revu le sujet le 26 octobre. Bien que les muscles masticateurs aient repris leur fonctionnement, le maxillaire est demeuré en retrait. Le malade ne peut utiliser ses incisives ni ses canines. Il divise ses aliments, il les fragmente, mais ne les mâche pas. Il ne peut joindre encore parfaitement les lèvres. Le résultat esthétique est presque nul. M. Müller se demande s'il n'aurait pas obtenu

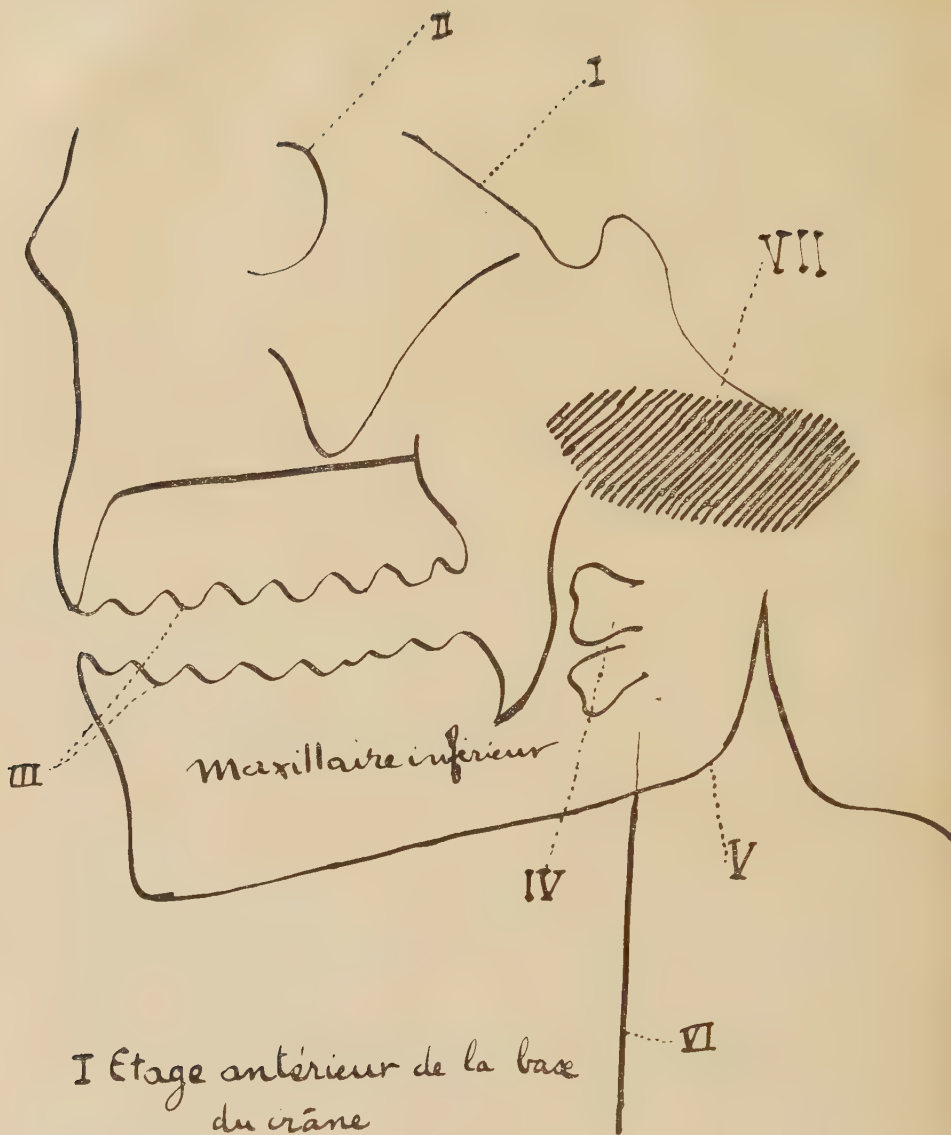
un meilleur effet en faisant porter la résection, non plus sur la branche montante, mais au niveau même de l'articulation. La résection des condyles temporaux eût peut-être permis, ultérieurement, aux conduits auditifs externes, de recouvrer leur perméabilité.

OBSERVATION VIII. — VILLARD.

La malade vient à l'Hôtel-Dieu pour une ankylose temporo-maxillaire gauche. Celle-ci remonterait à sa naissance et aurait été causée par un accouchement aux fers. Les parents ne se seraient aperçu de l'ankylose qu'au moment du sevrage. Avant l'opération, la malade coupait ses aliments en tout petits morceaux et mettait un temps interminable pour manger. Elle usait, bien entendu, surtout de purées. Afin de permettre l'alimentation, on fit l'extraction de deux dents de lait au maxillaire supérieur, du côté droit. Lorsque les dents définitives poussèrent, elles restèrent, d'après la malade, plus courtes que les autres dents de l'arcade. La malade continuait d'introduire les aliments au niveau de l'espace ainsi laissé libre. Comme traitement palliatif, un dentiste meula les incisives afin d'agrandir l'espace interdentaire. Comme autre traitement, il fit de la dilatation avec du caoutchouc, pendant plusieurs mois. Le résultat fut nul.

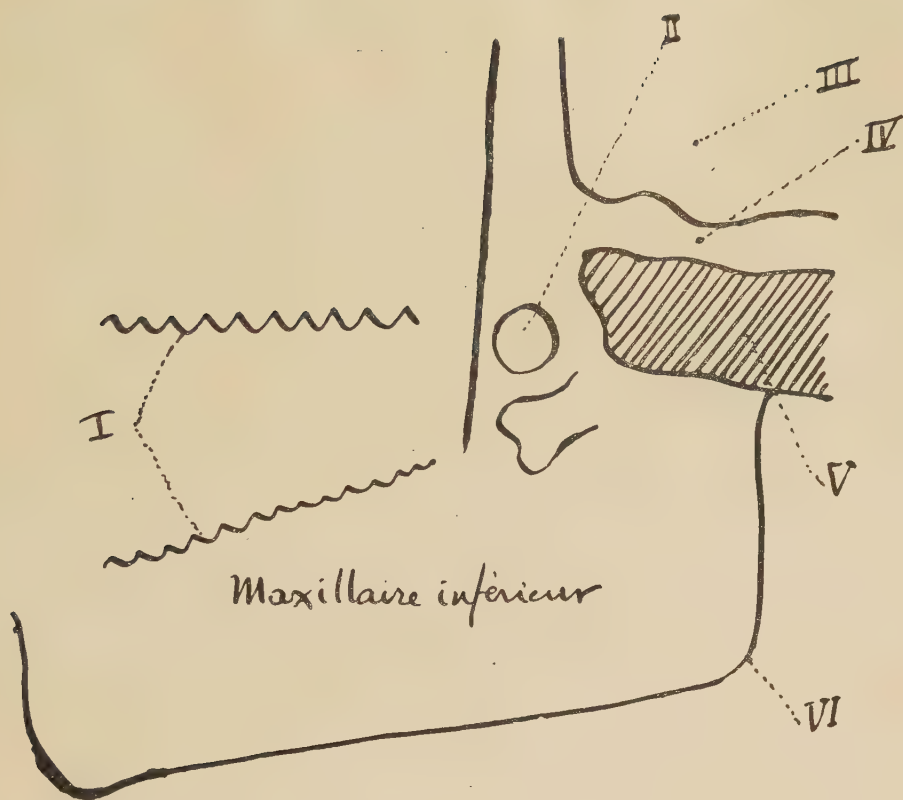
Un an après la malade vint à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement les dents sont au même niveau. Il y a un chevauchement marqué au niveau de la latérale gauche. Dans l'ensemble cependant, les arcades sont assez régulières. L'écartement des mâchoires est impossible. Il n'existe entre les arcades dentaires qu'un écartement de quelques millimètres. L'alimentation est rendue très difficile, et la malade présente un état général loin d'être satisfaisant.



- I Étage antérieur de la base du crâne
- II Orbite
- III Arcades dentaires
- IV Dents incluses
- V Angle
- VI Face antérieure du Rachis
- VII Ombre de la formation osseuse

Radiographie faite en septembre 1917



- I Arcades dentaires
- II Dents incluses
- III Temporal
- IV Espace clair cause par la résection
- V Corps de l'atlas masquant une partie de la résection
- VI Angle

Radiographie faite le 18 octobre 1920

On décide tout d'abord de tenter un écartement forcé sous anesthésie. Celle-ci est pratiquée le 23 septembre 1917. Toute tentative d'écartement échoue, et on se rend compte qu'il s'agit d'une ankylose osseuse, sans qu'on puisse préciser si l'ankylose est unilatérale ou bilatérale. La malade est soumise à l'examen de M. Tellier : celui-ci conseille un traitement spécifique qui ne donne aucun résultat. Devant l'échec du traitement mercuriel, on a recours alors à une intervention sanglante sur le côté gauche, quitte à prendre le côté droit si on n'a pas de résultat.

L'opération est faite le 12 novembre 1917. Anesthésie à l'éther. Incision en T au-devant du tragus, suivant le tracé indiqué par Ollier, la branche horizontale continuant la direction de l'arcade zygomatique, et la branche verticale descendant sur une hauteur de 2 centimètres. Au travers de cette brèche relativement étroite, on atteint le tissu osseux. Les couches parostales sont découvertes à la rugine en refoulant en bas les parties molles, afin de ménager le facial qui n'est pas vu. La recherche de l'interligne articulaire est négative, et l'on se rend compte rapidement que le condyle et la cavité glénoïde ne font qu'un bloc, dans lequel il est impossible de se rendre compte de ce qui appartient au maxillaire inférieur et au temporal. On se reporte donc en bas pour trouver le col du condyle, plus facilement reconnaissable, et en avant, vers la racine de l'arcade zygomatique. A ce moment, on circonscrit à la gouge un quadrilatère d'environ 2 centimètres de côté, comprenant le col du condyle, la cavité glénoïde, le condyle ; le tout est enlevé d'un bloc, au ciseau droit et au maillet. Le bloc enlevé est très dur. Hémorragie modérée, facilement maîtrisée par le tamponnement.

Aussitôt la résection osseuse faite, l'abaissement du maxillaire devient possible ; on constate avec satisfaction que



l'ankylose était unilatérale ; l'écartement des arcades atteint 2 cm. 1/2, et on ne croit pas nécessaire d'augmenter l'étendue de la résection osseuse.

Pas d'interposition musculaire ou fibreuse. Réunion des parties molles, fermeture sans drainage. Suites normales de l'opération ; réunion par première intention, La malade se livre à une gymnastique de la mâchoire.

Elle quitte l'Hôtel-Dieu une vingtaine de jours après l'opération, s'alimentant dans des conditions satisfaisantes.

On revoit la malade en septembre 1920, donc trois ans après ; le résultat s'est maintenu. L'alimentation se fait bien. L'état général est parfait. L'abaissement du maxillaire inférieur se fait sans déjettement latéral. Résultat très satisfaisant au point de vue esthétique et fonctionnel.

CONCLUSIONS

1° Les ankyloses osseuses de l'articulation temporo maxillaire comportent un traitement chirurgical consistant dans une résection osseuse.

2° Ces résections peuvent porter sur la branche horizontale (Rizzoli), sur la branche montante avec interposition musculaire (Rochet) ou sur l'articulation temporo-maxillaire elle-même.

3° Conformément à l'opinion de M. Villard, la résection de l'articulation temporo-maxillaire, lorsqu'elle est possible, est préférable à l'ostéotomie des branches, malgré les bons résultats que celle-ci a donné avec la technique de Rochet.

4° Les avantages de la résection temporo-maxillaire sur les autres procédés consistent dans la création

d'une néarthrose en situation physiologique, la conservation totale de l'action des muscles masticateurs, une utilisation normale du levier maxillaire et une incision plus esthétique.

5° Le danger du facial au cours de cette intervention peut être évité avec un peu d'attention. Nous n'avons trouvé qu'un cas de paralysie permanente du facial. La technique d'Ollier nous paraît la meilleure.

6° Il n'est pas indispensable d'avoir recours à l'interposition musculaire, difficile à réaliser correctement au niveau de l'interligne articulaire et bien probablement illusoire dans l'obtention du résultat définitif.

Le Président de la Thèse,
VILLARD.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 30 Novembre 1920.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD. — Ostéotomie du col du condyle maxillaire. Dictionnaire en 30 volumes. Tome XVIII, page 440.
- CARNOCHAN. — *New-York Medical Journal*, 1847. De la résection dans les ankyloses temporo-maxillaires.
- RICHEL. — Th. d'agrégation, 1850.
- RIZZOLI. — *Bull. della S. Med. Chir. di Bologna*, 1858.
- VERNEUIL. — *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 1863. Archives générales médicales, 1870.
- BOTTINI. — Comm. à l'ac. roy. de Turin, 1872.
- HUMPHRY. — Résection du condyle. *The Assoc. Méd. Journ.*, 1886.
- VON BRUNS. — Résection du condyle. *Handbuch der prakt. Chir.*, 1887.
- ZIPFEL. — De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire. Th. Paris, 1886.
- Dictionnaire de Médecine.*
- DÉRAMÉ. — De l'ankylose temporo-maxillaire et de son traitement chirurgical. Th. Paris, 1898.

DÉRAMÉ. — *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux.*

ROCHET. — Th. Fondet, Lyon 1905.

HUGUIER. — Traitement des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire. Th. Paris, 1905.

DEMOULIN. — *B. M. Société Chirurgie*, 1910, page 952.

DELORE. — Société des Sciences Médicales de Lyon, 11 Juin 1913.

YAHOUR. — *Presse Médicale*, 1910, page 806.

MULLER. — *Presse Médicale*, 1911.

Frank HARTLEY. — Société de Chirurgie de New-York, 1911.
Rapporté par *Revue de Chirurgie*, 1911, page 846.

